

## 平成 30 年度診療報酬改定に係る医科診療行為マスターの変更について

## 1 マスターファイルの変更点

現時点におけるマスターファイルの変更点は次のとおりです。

項番	項目名	内容	備考
3	診療行為コード	新設、廃止及び変更 DPC及び医療観察に係るコードは今回の公表では未対応(後日更新予定)	内訳は公表マスターの項番1「変更区分」を参照。 3:新規 5:変更 9:廃止
16	包括対象検査	設定値の追加 12:悪性腫瘍遺伝子検査の包括項目	D004-2注「悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は、検査の項目数に応じて算定」より追加する。
18	DPC適用区分	今回の公表では未対応	後日更新予定
19	病院・診療所区分	項目内容の変更 当該診療行為の適用範囲が病院又は診療所であるか否かを表す。また、DPC対象病院に適用されない診療行為かを表す。  設定値の追加 3:短期滞在手術等基本料2 4:短期滞在手術等基本料3	留意事項通知A400「短期滞在手術等基本料」(3)及び(4)よりDPC病院に対して短期滞在手術基本料2及び3の算定を識別するため、項目内容の変更及び設定値を追加する。
29	医薬品関連区分	設定値の変更 1:麻薬加算、毒薬加算、覚せい剤加算、向精神薬加算、麻薬注射加算	平成30年度診療報酬改定との関連なし。
46	処置乳幼児加算区分	設定値の削除 <基本項目、合成項目、準用項目> 6:6歳未満乳幼児加算(処置)(50点)が算定できる診療行為  <加算項目、通則加算項目> 6:6歳未満乳幼児加算(処置)(50点)自体	J113「耳垢栓塞除去」注「乳幼児加算として55点を加算」より削除する。
49	ドナー分集計区分	設定値の追加 6:生体部分小腸移植術(提供者の療養上の費用)加算	K716-4「生体部分小腸移植術」の新設より追加する。

項番	項目名	内容	備考
63	包括逡減区分	設定値の追加 110: 気管支カテーテル気管支肺胞洗淨検査	D302-2「気管支カテーテル気管支肺胞洗淨法検査」の新設より追加する。
72 ～ 81	施設基準①～⑩	今回の公表では未対応	後日更新予定
117	点数表区分番号	今回の公表では未対応	後日更新予定
118	非侵襲的血行動態モニタリング加算	項目内容の変更 非侵襲的血行動態モニタリング加算及び術中脳灌流モニタリング加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。  設定値の変更及び追加 ＜基本項目・合成項目・準用項目＞ 3: 術中脳灌流モニタリング加算を算定可能な診療行為 4: 術中脳灌流モニタリング加算を算定する場合に実施している必要がある手術  ＜加算項目・通則加算項目＞ 0: 「1」及び「3」以外の診療行為 3: 術中脳灌流モニタリング加算自体	L008「マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」注11「術中脳灌流モニタリング加算」の対象診療行為及び「術中脳灌流モニタリング加算」を算定する場合に必要な手術を識別するために設定する。
120	予備 悪性腫瘍病理組織標本加算	項目の変更 (予備→悪性腫瘍病理組織標本加算) モード: 英数 最大バイト: 1 項目形式: 固定  ＜基本項目、合成項目、準用項目＞ 0: 悪性腫瘍病理組織標本加算を算定できない診療行為 1: 悪性腫瘍病理組織標本加算を算定可能な診療行為  ＜加算項目、通則加算項目＞ 0: 悪性腫瘍病理組織標本加算以外の診療行為 1: 悪性腫瘍病理組織標本加算自体	N006「病理診断料」注5「悪性腫瘍病理組織標本加算」の対象診療行為(手術)を識別するために設定する。

## 2 医科診療行為コード設定の留意点

下記のコードについては、算定要件により細分化してコードを設定していますので、特にご留意ください。

コード	省略名称	留意点
140057310	ハイフローセラピー(15歳未満の患者の場合)(1日につき)	算定要件が15歳未満又は15歳以上のためコードを細分化
140057410	ハイフローセラピー(15歳以上の患者の場合)(1日につき)	
150405810	乳房切除術(性同一性障害)	告示第10部手術の通則4「別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る」及び通則18「別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているもの」より施設基準が必要であることからコードを細分化
150407810	尿道形成手術(前部尿道)(性同一性障害)	
150407910	尿道下裂形成手術(性同一性障害)	
150408010	陰茎形成術(性同一性障害)	
150408110	陰茎全摘術(性同一性障害)	
150408210	精巣摘出術(性同一性障害)	
150408310	会陰形成手術(筋層に及ばない)(性同一性障害)	
150408410	造脛術(遊離植皮)(性同一性障害)	
150408510	脛閉鎖症術(遊離植皮)(性同一性障害)	
150408610	造脛術(腸管形成)(性同一性障害)	
150408710	脛閉鎖症術(腸管形成)(性同一性障害)	
150408810	造脛術(筋皮弁移植)(性同一性障害)	
150408910	脛閉鎖症術(筋皮弁移植)(性同一性障害)	
150409010	子宮全摘術(性同一性障害)	
150409110	腹腔鏡下腔式子宮全摘術(性同一性障害)	
150409410	子宮附属器腫瘍摘出術(両側)(開腹)(性同一性障害)	
150409510	子宮附属器腫瘍摘出術(両側)(腹腔鏡)(性同一性障害)	
150405910	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器使用)	
150406010	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器使用)	
150406110	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除、1肺葉超・手術用支援機器使用)	
150406210	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術(頸、胸、腹部操作・手術用支援機器使用)	
150406310	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術(胸部、腹部の操作・手術用支援機器使用)	
150406410	胸腔鏡下弁形成術(1弁)(内視鏡手術用支援機器使用)	
150406510	胸腔鏡下弁形成術(2弁)(内視鏡手術用支援機器使用)	

コード	省略名称	留意点
150406610	腹腔鏡下胃切除術(単純切除術)(内視鏡手術用支援機器使用)	あ
150406710	腹腔鏡下胃切除術(悪性腫瘍手術)(内視鏡手術用支援機器使用)	
150406810	腹腔鏡下噴門側胃切除術(単純切除術)(内視鏡手術用支援機器使用)	
150406910	腹腔鏡下噴門側胃切除術(悪性腫瘍切除術・手術用支援機器使用)	
150407010	腹腔鏡下胃全摘術(単純全摘術)(内視鏡手術用支援機器使用)	
150407110	腹腔鏡下胃全摘術(悪性腫瘍手術)(内視鏡手術用支援機器使用)	
150407210	腹腔鏡下直腸切除・切断術(切除術)(内視鏡手術用支援機器使用)	
150407310	腹腔鏡下直腸切除・切断術(低位前方切除術・手術用支援機器使用)	
150407410	腹腔鏡下直腸切除・切断術(切断術)(内視鏡手術用支援機器使用)	
150407510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術(腸管等利用し尿路変更なし・通則18)	
150407610	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術(回腸等導管利用し尿路変更あり・通則18)	
150407710	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術(代用膀胱利用し尿路変更あり・通則18)	
150409210	腹腔鏡下腔式子宮全摘術(内視鏡手術用支援機器使用)	
150409310	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る・手術用支援機器使用)	

### 3 医科診療行為コードの経過措置

告示により経過措置が設けられている診療行為については、適用時期に合わせてコードの新設又は廃止を行います。

※ 今後、厚生労働省から発出される通知等によっては、変更が生じる場合があります。

告示	区分				適用年月日	
					開始	終了
第4章1	A103	精神病棟入院基本料	4 5	18 対1入院基本料 20 対1入院基本料		当分の間
第4章1	A000	初診料	注2	病院である保険医療機関(特定機能病院及び許可病床の数が500床以上である地域医療支援病院に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。		平成30年9月30日
第4章1	A000	初診料	注3	病院である保険医療機関(許可病床の数が500床以上である病院に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。		平成30年9月30日
第4章2	A002	外来診療料	注2	病院である保険医療機関(特定機能病院及び許可病床数が500床以上である地域医療支援病院に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。		平成30年9月30日
第4章2	A002	外来診療料	注3	病院である保険医療機関(許可病床数が500床以上である病院に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。		平成30年9月30日

告示	区分				適用年月日	
					開始	終了
第4章2	C012	在宅患者共同診療料	注 1	在宅療養後方支援病院(許可病床数が500床未満の病院に限る。)が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で往診を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。		平成 30 年 9 月 30 日
第4章2	C012	在宅患者共同診療料	注 2 注 3	在宅療養後方支援病院(許可病床数が500床未満の病院に限る。)が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。		平成 30 年 9 月 30 日
第4章3	A101	療養病棟入院基本料	注 11	注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出ていた療養病棟入院基本料2を算定する病棟については、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合(別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。)に限り、注2本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)については、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。		平成 32 年 3 月 31 日

告示	区分				適用年月日	
					開始	終了
第4章3	A101	療養病棟入院基本料	注 12	注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟(療養病棟入院基本料2を届け出ていた病棟に限る。)であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注2本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、586点(生活療養を受ける場合にあつては、572点)を算定できる。		平成32年3月31日
第4章4	A206	在宅患者緊急入院診療加算	注 2	1について、在宅療養後方支援病院(許可病床数が500床以上のものに限る。)において、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者を入院させた場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。		平成31年3月31日
第4章5	A245	データ提出加算	1の口	データ提出加算1 200床未満の病院の場合		平成31年3月31日
第4章5	A245	データ提出加算	2の口	データ提出加算2 200床未満の病院の場合		平成31年3月31日
第4章6	A300	救命救急入院料	注 3	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき1,000点を所定点数に加算する。		平成31年3月31日

告示	区分				適用年月日	
					開始	終了
第4章6	A300	救命救急入院料	注4	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき500点を所定点数に加算する。		平成31年3月31日
第4章7	C106	在宅自己導尿指導管理料				平成32年3月31日
第4章7	C119	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料				平成32年3月31日
第4章8	D006	出血・凝固検査	2	トロンボテスト		平成32年3月31日
第4章8	D006-3	Major BCR-ABL1	2	mRNA定量(1以外のもの)		平成32年3月31日
第4章8	D007	血液化学検査	9	ムコ蛋白		平成32年3月31日
第4章8	D007	血液化学検査	24	膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)		平成32年3月31日
第4章8	D009	腫瘍マーカー	6	前立腺酸ホスファターゼ抗原(PAP)		平成32年3月31日
第4章9	H001	脳血管疾患等リハビリテーション料	注4	イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位) ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位)		平成31年3月31日
第4章9	H001	脳血管疾患等リハビリテーション料	注5	注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者(要介護被保険者等に限る。)に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。		平成31年3月31日
第4章9	H001-2	廃用症候群リハビリテーション料	注4	イ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位) ロ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) ハ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位)		平成31年3月31日



告示	区分				適用年月日	
					開始	終了
第4章9	H001-2	廃用症候群リハビリテーション料	注 5	注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者(要介護被保険者等に限る。)に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。		平成31年3月31日
第4章9	H002	運動器リハビリテーション料	注 4	イ 運動器リハビリテーション料(I)(1単位) ロ 運動器リハビリテーション料(II)(1単位) ハ 運動器リハビリテーション料(III)(1単位)		成31年3月31日
第4章9	H002	運動器リハビリテーション料	注 5	注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者(要介護被保険者等に限る。)に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。		成31年3月31日